



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Centro de Posgrados**  
**Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Factores asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en el  
Hospital Mariano Estrella Cuenca 2018.**

Tesis previa a la obtención del título de  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autor:** Md. Lenin Santiago Sacoto Maldonado

C.I: 0301528303

**Directora:** Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutiven

C.I: 0101989029

**Cuenca – Ecuador**

Abril 2019

## RESUMEN

**Introducción:** La lactancia materna exclusiva (LME) beneficia la salud de la madre y el lactante a corto y largo plazo, siendo la opción más adecuada para la alimentación de los infantes.

**Objetivo:** Identificar factores de las madres y sus familias asociados a la práctica de la LME en el Hospital Mariano Estrella, 2018.

**Métodos y materiales:** Estudio transversal, analítico, de prevalencia, se evaluaron 119 madres de niños menores de 6 meses, las cuales habían practicado la LM, se les aplicó un cuestionario estructurado por el autor para datos sociodemográficos y relacionados a la práctica de la LM derivados del ENSANUT, los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS en su versión 15, las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias relativas y absolutas. Se realizó el cálculo de los OR para determinar factores asociados a la práctica de LME.

**Resultados:** La prevalencia de la LME fue de 33,61%, el 58% de las madres tuvo un conocimiento bueno en referencia a la LM, los factores asociados a esta práctica fueron convivir con <5 miembros en el hogar y pertenecer a una familia nuclear en donde ambos disminuyen la probabilidad de mantener la LME y a pesar de no asociarse de forma estadística significativa el amamantamiento al momento del parto, no reinicio de actividades laborales posterior al parto, parto vaginal, consejería sobre LM y conocimiento bueno sobre la misma predominaron en el grupo de LME.

**Conclusión:** La prevalencia de la LME en esta población es baja y se encontró asociada a factores sociodemográficos.

**Palabras clave:** Lactancia materna exclusiva. Familia extensa. Parto vaginal. Trabajo materno.

## ABSTRACT

**Introduction:** Exclusive breastfeeding (EB) benefits the health of the mother and the infant in the short and long term, being the most appropriate option for feeding the infants.

**Objective:** To identify factors of the mothers and their families associated with the practice of the EB at Hospital Mariano Estrella, 2018.

**Methods and materials:** Cross-sectional, analytical, prevalence study in 119 mothers of children under 6 months, who had practiced the BF, were administered a questionnaire structured by the author for sociodemographic data and related to the practice of FB derived from the ENSANUT, the data were analyzed with the statistical program SPSS in its version 15, the qualitative variables were expressed in relative and absolute frequencies. The ORs were calculated to determine factors associated with the practice of EB.

**Results:** The prevalence of the EB was 33.61%, 58% of the mothers had a good knowledge in reference to the BF, the factors associated with this practice were living with <5 members in the home and belonging to a family nuclear where both decrease the likelihood of maintaining the EB and despite not statistically associated significant breastfeeding at the time of delivery, no restart of labor activities after childbirth, vaginal delivery, advice on BF and good knowledge about it predominated in the group of EB.

**Conclusion:** The prevalence of EB in this population is low and was found to be associated with sociodemographic factors.

**Keywords:** Exclusive breastfeeding. Extended family. Vaginal delivery. Maternal work.



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| RESUMEN.....  | 2  |
| ABSTRACT .....  | 3  |
| ÍNDICE .....  | 4  |
| CAPÍTULO I .....  | 10 |
| 1.1 INTRODUCCIÓN .....  | 10 |
| 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                                      | 11 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN .....   | 12 |
| CAPÍTULO II .....   | 14 |
| 2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....   | 14 |
| 2.1. Lactancia materna exclusiva.....                                     | 14 |
| 2.1.1. Beneficios de la lactancia materna .....                           | 14 |
| 2.2 Factores asociados a la lactancia materna.....                        | 16 |
| 2.3. ENSANUT.....   | 21 |
| 2.4. Teoría de los sistemas basado en la práctica de lactancia materna... | 23 |
| 2.5. Importancia de la medicina familiar y la lactancia materna.....      | 24 |
| 2.6. Principios de la medicina familiar y lactancia materna.....          | 25 |
| 2.7. Antecedentes.....  | 26 |
| CAPÍTULO III .....  | 29 |
| 3.1 HIPÓTESIS.....  | 29 |
| 3.2 OBJETIVO GENERAL .....  | 29 |
| 3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 29 |
| CAPÍTULO IV .....   | 30 |
| 4.1 METODOLOGÍA .....   | 30 |
| 4.2 TIPO DE ESTUDIO .....   | 30 |
| 4.3 ÁREA DE ESTUDIO .....   | 30 |
| 4.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....  | 30 |



|   |    |
|---|----|
| 4.5 MUESTRA .....   | 30 |
| 4.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....   | 30 |
| 4.7 VARIABLES MATRIZ Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....                              | 31 |
| 4.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....  | 31 |
| 4.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....  | 31 |
| 4.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....   | 31 |
| 4.9 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....                       | 31 |
| 4.10 PLAN DE ANÁLISIS.....  | 32 |
| 4.11 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 33 |
| CAPÍTULO V .....  | 34 |
| 5.1 RESULTADOS.....   | 34 |
| CAPÍTULO VI.....  | 42 |
| 6.1 DISCUSIÓN .....   | 42 |
| CAPÍTULO VII.....   | 45 |
| 7.1. CONCLUSIONES .....   | 45 |
| 7.2. RECOMENDACIONES .....  | 46 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 47 |
| 9. ANEXOS .....   | 56 |
| ANEXO N.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....                                       | 56 |
| ANEXO N.2 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....  | 59 |
| ANEXO N.3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....  | 61 |
| ANEXO N.4. TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA...                                | 62 |
| ANEXO N. 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ..... | 52 |
| ANEXO N. 6. ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN .....   | 56 |



**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional**

Lenin Santiago Sacoto Maldonado en calidad de autor y titula de los derechos morales y patrimoniales de la tesis **Factores asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en el Hospital Mariano Estrella Cuenca 2018.**, de conformidad con el Art. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la universidad de Cuenca para que se realice la publicación de esta tesis en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 03 de abril de 2019

Md. Lenin Santiago Sacoto Maldonado

C.I: 0301528303



### Cláusula de propiedad intelectual

Lenin Santiago Sacoto Maldonado autor de la tesis **Factores asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en el Hospital Mariano Estrella Cuenca 2018**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 03 de abril de 2019

Md. Lenin Santiago Sacoto Maldonado

C.I: 0301528303



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a los doctores: Dra. María de Lourdes Huiracocha, Dr. José Ortiz y Dr. Ulises Freire, que aportaron con sus importantes conocimientos para el desarrollo del presente trabajo de investigación.





## DEDICATORIA

Matias y Sofía, no solo por estar presentes brindando cosas buenas a mi vida,  
sino por los grandes aportes de felicidad.

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) durante los 6 primeros meses de vida es el método óptimo de alimentación infantil (1). La LM proporciona a los infantes nutrientes para un crecimiento y desarrollo saludables, mejorando el sistema inmunológico, se encuentran múltiples líneas de evidencia que prueban que la LME durante 6 meses proporciona a los bebés protección contra infecciones gastrointestinales y anemia por deficiencia de hierro(2). Por otra parte, la evidencia de la investigación muestra que la LM promueve el desarrollo sensorial y cognitivo al mismo tiempo que protege infantes contra enfermedades crónicas, infecciones respiratorias, acelera la recuperación de enfermedades y reduce la mortalidad infantil (3).

La LM es una costumbre ligada a la supervivencia de la especie humana; sin embargo, debido al uso de la lactancia artificial, factores sociales, familiares, económicos y culturales que rodean al individuo y su familia, esta práctica ha sufrido un abandono masivo en todo el mundo. Las organizaciones de salud a nivel global, regional y nacional desarrollan lineamientos, políticas y normativas ante la evidencia científica que manifiesta la superioridad de la LM como un factor positivo de la salud materno-infantil(4).

Se ha registrado que la prevalencia de LME es diferente en diversas regiones estudiadas, observándose que en Ecuador se reportó una prevalencia de 43,8% (5), en Panamá de 42,5% (6) y de 25,4% en Madrid; estas se han descrito asociadas a diferentes factores dentro de los que se mencionan la edad materna (7), zona de procedencia (8), etnia (5), nivel de instrucción de la madre (9), estatus socioeconómico (9), ocupación materna (9), estado civil (9), tipo de parto (9), conocimiento sobre la LM (10), estructura y funcionalidad familiar (11).

Lo previamente expuesto ha determinado la necesidad de realizar este estudio que permita identificar cuáles son los factores asociados a la LME en la población evaluada.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La LM es un fenómeno biocultural, simbiosis de instinto y cultura. Es el aspecto cultural el que le confiere una especial vulnerabilidad: avances científicos, cambios sociológicos, desinterés de sanitarios y presiones comerciales han estado a punto de hacerla desaparecer en el último siglo (12). Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la LM. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la LM aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la LM se ha visto entorpecida por diversas circunstancias.

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo en las primeras etapas de su vida y no tiene sustituto debido a que presenta innumerables ventajas a corto y largo plazo, para la salud física y psicológica tanto del niño como de la madre, favoreciendo el vínculo afectivo madre / hijo, es un alimento económico, siempre disponible, ecológico y produce ahorro en recursos sanitarios ya que los niños frecuentan en menor proporción los centros de salud.

Las prácticas deficientes de LM y alimentación complementaria están muy difundidas. A nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros seis meses de vida mientras que la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en este período. El abandono precoz de la LM ha significado efectos negativos a corto plazo sobre la salud del niño menor, aumentando la mortalidad, morbilidad, desnutrición y el elevado costo económico que representa su reemplazo por leches artificiales (13).

En nuestro país, es bajo el porcentaje de madres que alimentan a sus hijos con LME. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013, el 52.4% tienen una LME durante el primer mes de vida, 48% entre los dos y tres meses y al cuarto y quinto mes el 34.7%. También se ha evidenciado que mientras más alto es el nivel de instrucción de la madre más frecuentemente se da el destete precoz (5).



El abandono de la LME ha sido relacionado con diversos factores que se modifican dependiendo la región en donde se estudie la problemática, siendo asociada con madres adolescentes (7), estatus económico alto (7), empleo materno fuera del hogar (7), nivel educativo alto (7), zonas urbanas (10), parto por cesárea (14), disfuncionalidad familiar(11), estructura familiar extensa (11) estado civil soltero (8) y bajo conocimiento sobre la LM (10), existiendo controversia aun entre algunos de estos factores, ya que en algunos estudios se ha reportado que el estatus socioeconómico alto (15) y estar casadas (14), se asocian a la práctica de LME; sin embargo, estos hallazgos siguen siendo controversiales, por lo cual representa uno de los problemas a resolver con esta investigación, el cual es verdaderamente el problema en la localidad, por lo cual no se manejan para todos los factores evidencias conclusivas.

Dentro de las soluciones posibles al problema de las tasas de abandono de la LME se encuentra el propuesto para Ecuador por el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, en el que se plantea la meta de aumentar del 43.8% al 64% la prevalencia de LME en los primeros seis meses de vida (16). En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, Muy y Zambrano, mencionan que el 63% de madres brindaba LME y el 37% había abandonado esta práctica; en el 25% de los casos la media de tiempo que se practicó la LME estaba entre los 0 a 4 meses (17), evidenciándose que estas cifras son superiores a las propuestas por el Plan Nacional, sin embargo faltan aún más políticas principalmente educativas para que las madres puedan mantener esta actividad al menos por los 6 meses recomendados, por lo cual esta es la interrogante al problema de investigación:

¿Cuál fue la prevalencia de la LME y los factores que se encontraron asociados a esta práctica en las mujeres que acuden al Hospital Mariano Estrella de la ciudad de Cuenca en el año 2018?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La LM forma parte de las prioridades de investigación en Ecuador debido a que se encuentra entre las líneas de la evaluación de la desnutrición, siendo catalogada como uno de los factores protectores principales para esta condición



durante la infancia, pues se ubica en el área 3 de aspectos nutricionales, en la línea de desnutrición y en la sublínea de LM (18).

En el estudio de prevalencia de la LME y los factores asociados se espera obtener información detallada de los mismos, de qué manera estos pueden influir de forma tanto positiva como negativa en el mantenimiento de dicha práctica.

Se pretende conocer la prevalencia de la LME ya que esto representa un indicador de la políticas en salud, por lo cual al conocer dicha información se podrán realizar los cambios acordes al hallazgo que se obtenga, como lo son promoción y educación sobre la LM tanto al personal de salud como a las madres con respecto a los beneficios de esta práctica, tanto para estas como para los infantes, asimismo se espera ser uno de los estudios pioneros en el análisis de los factores asociados a esta práctica en la localidad y que estos se puedan tomar en cuenta al momento de la evaluación de la gestante así como su comparación con hallazgos en otras regiones del país y del mundo.

Al concluir con la presente investigación se espera contar con un estudio completo que podrá ser comparado con los realizados en otras poblaciones, por lo cual se expondrán los resultados principalmente a la población de médicos y pacientes del Hospital Mariano Estrella de la ciudad de Cuenca, de igual manera se publicarán los resultados en una revista científica indexada.

Los resultados se utilizarán para promover la LME en la sociedad, así como para mejorar la atención médica que se les da a las madres que asisten al hospital en estudio, por lo cual los principales beneficiarios serán los médicos encargados del área de ginecología y obstetricia ya que podrán conocer aquellos factores que se asocian al abandono de la LME, de igual forma las madres ya que podrán tener las herramientas necesarias para poder mantener dicha práctica y prolongar todos los beneficios que esta alimentación representa para sus hijos.

Por lo antes expuesto se justifica la realización de la presente investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1. Lactancia materna exclusiva**

La LM tiene muchos beneficios para la salud tanto para la madre como para el bebé, esta contiene todos los nutrientes que un bebé necesita en los primeros seis meses de vida, es capaz de proteger al infante en contra de las enfermedades comunes de este grupo etario, principalmente las gastroenterales y respiratorias; así como también puede tener beneficios de salud a largo plazo para la madre y el niño, como reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad en la niñez y la adolescencia, la LME significa que el bebé solo recibe leche materna, no se administran otros líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de la solución de rehidratación oral o medicamentos que se requieran durante este periodo de vida (19).

##### **2.1.1. Beneficios de la lactancia materna**

La LM posee múltiples beneficios, por lo cual se exponen a continuación:

##### **Enfermedades infecciosas**

Se ha demostrado que la LME disminuye el riesgo de enfermedades infecciosas gastrointestinales, cualquier volumen de leche materna es protectora y ha sido asociada a una reducción del 64% en la incidencia de estas patologías (20). También hay un efecto protector residual para las infecciones en general hasta dos meses después de la interrupción de la lactancia (21). Por otra parte, los lactantes alimentados exclusivamente con fórmula láctea artificial tienen un aumento de más del 50% en el riesgo de diarrea (22). Los infantes alimentados con LME durante los dos primeros años de vida tienen un riesgo menor de presentar enfermedad por rotavirus (23). La LM también se ha descrito como un factor protector contra la infección de Giardia tanto sintomática como asintomática (24).

##### **Atopia, rinitis, alergias alimentarias y asma**

Los bebés amamantados por un tiempo más corto han mostrado una mayor frecuencia de eczema, atopia, alergia alimentaria y alergia respiratoria (25). En aquellos sin historia familiar de atopia, el riesgo de asma, dermatitis atópica y eczema se reduce en un 27% cuando se amamanta durante al menos tres meses (26), se reduce el riesgo de dermatitis atópica en un 42% en aquellos niños con antecedentes familiares de atopia que consumieron LM durante al menos tres meses (27). Respecto a la alergia alimentaria, una revisión concluye que la LME durante al menos cuatro meses disminuye la probabilidad de alergia a la proteína de la leche de vaca a los 18 meses (28).

### **Obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes**

Aunque es controvertido la LM podría jugar un papel protector contra la obesidad, la hipertensión, la dislipidemia y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) durante la edad adulta (29). Las tasas de obesidad son significativamente más bajas en los bebés alimentados con LM. Hay una reducción del riesgo de 15 a 30% para la obesidad durante la adolescencia y la edad adulta entre las personas que fueron alimentadas con LM durante la infancia, en comparación con las que no fueron amamantadas. La duración de la lactancia está inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso; cada mes adicional de LM se asocia con una disminución del 4% en el riesgo (26). Estudios en diferentes partes del mundo han reportado resultados similares (30,31).

### **Mortalidad**

Finalmente, teniendo en cuenta los 42 países en desarrollo en los que se produce el 90% de la mortalidad infantil en el mundo, la LME durante 6 meses y el destete después de un año de vida es la intervención de salud más efectiva que existe. Tiene el potencial de prevenir más de un millón de muertes infantiles por año, lo que equivale a una reducción del 13% en la mortalidad infantil global (26). Un estudio ecológico latinoamericano que comparó las tasas de mortalidad durante el primer año de vida encontró que aproximadamente el 14% de todas las causas de mortalidad infantil podrían haberse evitado con LME durante al menos los primeros 3 meses de vida y LM parcial durante el primer año de vida (32). Una revisión encontró una correlación entre el inicio temprano de la LM (en la primera hora de vida) y la disminución de la mortalidad neonatal (33).

## **2.2 Factores asociados a la lactancia materna**

### **Área de procedencia**

La zona de procedencia es fundamental al momento de evaluar los determinantes de la LME, debido a que por lo general esta práctica es más frecuente en aquellas madres que provienen del área rural debido a múltiples factores que se asocian, dentro de los que encuentran el cultural, al crecer en estas zonas donde predomina la comida natural y existen en menor cantidad alimentos procesados, suelen mantener dicho hábito con el recién nacido (RN) y pueden mantenerlo por la totalidad del período de lactancia, de igual manera está el factor económico en el cual al tener bajos ingresos no suelen adquirir las fórmulas lácteas comerciales, por lo consiguiente provenir de la zona rural suele ser un factor positivo para el inicio y mantenimiento de la LME, en los resultados obtenidos en el ENSANUT se identificó que la LME se relacionó con la zona rural, se observó que la proporción de niños con lactancia materna exclusiva es mayor en la área rural que en la urbana (5).

### **Miembros de la familia**

Los miembros de la familia son un importante factor de apoyo para la madre que da LME, se han reportado estudios en los cuales los miembros de la familia juegan un papel fundamental para el mantenimiento de la lactancia, como es el caso de Amaral y cols. en el 2015 en un estudio realizado en Brasil a enfermeras que se encontraban dando LM, donde las madres lactantes declararon que la opinión de los miembros de la familia ayudó a mantener el amamantamiento, reportando como importantes los consejos de esposos/parejas y las madres, estos fomentaron la LM y les ayudaban a enfrentar dificultades y molestias, por lo cual se puede considerar que no es solo el número de miembros en la familia lo que es más importante sino el parentesco que los mismos tengan con la madre (34).

### **Etnia**

La etnia define muchas características de la madre, principalmente rasgos socioculturales, por lo cual de esta dependerán aquellos hábitos y características que se han desarrollado a lo largo de los años para cada etnia en específico, en



el resumen de resultados del ENSANUT se expone que la etnia indígena fue la que predominó en aquellas mujeres que cumplieron LME, este hallazgo puede estar determinado por varios factores, dentro de estos se encuentran las costumbres ancestrales de esta etnia, en donde la LM es el principal alimento que ingieren los niños posterior al nacimiento, del mismo modo por lo general esta etnia suele vivir en el área rural y sus ingresos económicos son limitados por lo cual se une una disminución en la adquisición de las fórmulas lácteas (5).

En contraste al comportamiento observado en Ecuador, en un análisis en Brasil en el 2016 realizado por Barboza y cols., se evidenció una relación entre diferentes etnias indígenas y la LME; sin embargo, esta no superó la recomendación de la OMS, en donde del total de estudiados solo el 35% logró dar LME los 6 meses correspondientes, por lo cual se plantea que esta etnia debe ser evaluada y se deben instaurar programas de educación que promuevan la LME explicando sus ventajas y múltiples beneficios, tanto para la madre como para el niño (35).

### **Edad de la madre**

En diferentes análisis se ha referido la edad como uno de los factores asociados a la LME, se ha expresado que a mayor edad suele mantenerse dicha práctica en contraste con lo observado con madres jóvenes, esto puede deberse a que estas por lo general tienen un bajo conocimiento con respecto a lo que se refiere a la alimentación y cuidado del infante, como es reportado en el ENSANUT en el cual la mayor proporción de las mujeres que dieron LME se encontraron en el grupo etario de mayores de 35 años, en contraste a las que menos realizaron esta práctica que estuvo constituida por el grupo de madres entre 12 y 14 años, este hallazgo es similar al observado por Pino y cols. en un estudio realizado en Chile en el cual las madres mayores a los 26 años (35,7%) dieron de lactar por mayor tiempo de forma exclusiva (36).

Lo anteriormente expuesto contrasta con algunos análisis en donde los grupos con menor edad suelen dar más tiempo LME, esto puede explicarse porque en estos no se ha separado la edad de las adolescentes de las adultas jóvenes, como es el caso del realizado por Hunegnaw y cols. en 2017 en el cual la

prevalencia de LME fue de 81,8% para las mujeres menores de 24 años, en efecto ese fue su grupo etario de menor edad sin realizar la división entre grupos etarios con adolescentes (9). Por lo antes expuesto es necesario investigar esta relación en el presente análisis.

### **Estado civil**

El estado civil de la madre es una condición importante para el mantenimiento de la LME, ya que por lo general es la pareja el principal apoyo para la madre durante el proceso, por lo cual el estar casada o mantener el concubinato ha sido asociado a mayor tiempo de LME en infantes, como se reporta en el estudio de Tewabe y cols., el cual se realizó en el 2015 en Etiopía reportando que el 52,4% de las mujeres casadas dieron LME a diferencia del 36,2% de las mujeres solteras, estar casada aumento hasta 3 veces la probabilidad de dar LME durante los 6 primeros meses postparto (37).

El comportamiento antes expuesto también se pudo evidenciar en un estudio llevado a cabo por Dhakal y cols., en el Distrito del Congo en el 2017 en donde aquellas mujeres casadas predominaron en el grupo de las que dieron LME con el 55,1% (38), similar a lo reportado en Chile por Pino y cols., quienes expusieron que el 45,7% de las madres que mantuvieron la LME por más de 6 meses fueron casadas (36). Se reportó en un estudio realizado en Ecuador que el mayor porcentaje de los casos con LME fueron mujeres casadas, explican que este hecho puede deberse a que la mujer soltera al ser el sustento económico del hogar suele realizar el destete en menor tiempo con respecto a aquellas a quienes su pareja le provee la manutención (39).

### **Nivel de instrucción de la madre**

El nivel de instrucción de la madre se ha asociado a la práctica de la LME en diferentes aspectos, suelen ser las madres con menor educación formal aquellas que mantienen la LME por los 6 meses, como se evidenció en el reporte de la ENSANUT en donde las mujeres con menor educación mantuvieron esta práctica por el tiempo adecuado, este hecho puede ser explicado porque las madres con mayor educación tienen un mayor poder adquisitivo por lo cual se les es más fácil introducir alimentos o fórmulas lácteas antes del período



recomendado, esto se puede explicar porque son mujeres que por lo general mantienen un trabajo y estas deben de volver posterior al parto, obligando a realizar un destete prematuro.

En el estudio de Hunegnaw y cols., en el 2017 en Etiopía se observó que las mujeres con educación primaria prevalecieron en el grupo de las que si dieron LME con 78,7% (9). Estos hallazgos se relacionan a los expuestos por Pino y cols. en Chile en donde de aquellas mujeres que dejaron la LME el 21,8% perteneció a un tipo de educación superior, a diferencia del grupo de las que si recibieron LME en donde no se encontró ningún caso de universitarios y predominó la enseñanza media (36).

## **Empleo**

Las mujeres que laboran fuera del hogar tienden a abandonar la LME debido a que no cuentan con las herramientas necesarias para la creación de un banco de leche materna para mantener la lactancia, a pesar de estar fuera de la casa en la jornada laboral. La relación entre el empleo y el abandono de la LME se ha expuesto en diferentes estudios, como lo es el de Agrina y cols., en el 2015 en el cual reportaron que de aquellas mujeres que se dedicaban al trabajo del hogar fueron las que mantuvieron la LME con el 87,4% de los casos, mientras que aquellas que trabajan fuera del hogar prevalecieron con el 18,5% en las que no mantuvieron la LME (40).

## **Estructura y funcionalidad familiar**

Una familia nuclear definida como aquella que se encuentra compuesta por padres e hijos, mientras que la extensa es definida porque conviven más de un núcleo familiar en la misma casa, esta última se ha reportado como un factor negativo para la LME, puede estar influenciado por el hecho de tener diferentes tipos de consejos con respecto a esta práctica, en el estudio de Agrina y cols. se observa que en la familia nuclear predominó la práctica de la LME mientras que en la extensa preponderó el de aquellas que abandonaron dicha práctica con el



21,8% de los casos (40), sin embargo estos hallazgos siguen siendo controversiales.

La funcionalidad familiar es un factor determinante en la LME, debido a que la madre al mantener una familiar funcional, tiene un apoyo constante que determina el mantenimiento de dicha práctica, este hecho lo reportan Ratnasari y cols. en un estudio realizado en Indonesia en el 2017 donde el tener un buen soporte de la familia aumentó hasta 6 veces la probabilidad de mantenerse en la LME (41), este hallazgo se compara con el de Pérez y cols. en un estudio realizado en el 2016 en Cuba en el cual las mujeres que pertenecían a una familia funcional predominaron en el grupo de aquellas que dieron LME por 6 meses, de igual forma se reportó que las pertenecientes a familias disfuncionales llegaron solo hasta 4 meses de LME (11).

### **Ingresos familiares**

El ingreso familiar juega un papel importante en la práctica de la LME ya que se puede compenetrar con los factores previamente expuestos, en el cual esta actividad depende del grado de educación de la madre o de si tiene un trabajo fuera de casa remunerado o no; así como la baja educación y el trabajar en casa se han reportado como factores positivos para la LME, también lo son los ingresos familiares bajos, explicándose porque al no tener los medios económicos para la compra de fórmulas lácteas u otros tipos de alimentos la madre prefiere alimentar a su hijo de forma natural.

Este hallazgo se ha evidenciado en diversas investigaciones como lo es la del ENSANUT donde la LME fue una práctica que prevaleció en las madres con ingresos bajos (5), sin embargo, se diferencia del estudio de Hunegnaw y cols., en el que se observó que a mayor ingreso mensual familiar aumentaba el mantenimiento de la LME (77,9%) (9), al igual que en el de Figuera y cols., en Colombia en el 2011 donde pertenecer al estrato socioeconómico alto fue un aumento en la probabilidad de practicar la LME (42). Como se ha expuesto el



ingreso económico varía entre las regiones estudiadas, por lo cual se puede concluir que es un factor que depende de la región en donde se estudia.

### **Tipo de parto**

El parto vaginal a lo largo de los años se ha mantenido como un factor protector para la LME, debido a que posterior a la expulsión del RN este es entregado a su madre, momento idóneo y recomendado para el primer amamantamiento, se ha descrito que las madres que practican de manera inmediata la lactancia suelen crear un importante vínculo madre-hijo y dicha práctica es más probable que se mantenga por los 6 meses recomendados, de igual manera, este punto es comprobado por el estudio de Tewabe y cols., el cual reporta que el parto vaginal aumenta hasta 4 veces la probabilidad de mantener la LME por 6 meses (37).

### **Conocimiento sobre lactancia materna**

El conocimiento en diferentes aspectos de la salud se ha asociado con mayor adherencia a tratamientos, mejor calidad de vida, mejora de cuadros clínicos, entre otros, en el caso de la LME, ocurre de igual manera en donde el conocimiento sobre esta práctica aumenta considerablemente la probabilidad que la madre se mantenga en la práctica, este hecho se reportó en el estudio de Dhakal y cols., en donde aquellas madres que tenían el conocimiento correcto predominaron en el grupo de las que dieron LME por 6 meses (42).

### **2.3. ENSANUT**

El ENSANUT consiste en un apartado de reportes científicos de Ecuador que abarcan diversas problemáticas de salud pública, dentro de estas se realiza el enfoque sobre la alimentación del infante, haciendo énfasis en la LM y en la alimentación complementaria en los niños ecuatorianos, para analizar estos



factores se diseñó un cuestionario basado en las recomendaciones de la OMS para la evaluación de las prácticas alimentarias del lactante y del niño pequeño.

Reportándose los siguientes datos:

- Inicio temprano de la Lactancia materna.
- Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses.
- Lactancia materna continua al año de vida.
- Lactancia materna continua hasta los 2 años.
- Consumo de líquidos diferentes a la leche materna que consumieron los niños menores de 6 meses.
- Tipo de líquidos que los niños menores de 6 meses consumieron, diferentes a la lactancia materna.
- Introducción de alimentos sólidos, semisólidos y suaves.
- Diversidad alimentaria mínima.
- Frecuencia mínima de comidas.
- Dieta mínima aceptable.
- Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro.
- Consumo de suplementos de hierro.
- Niños que fueron amamantados alguna vez.
- Lactancia materna adecuada según la edad.
- Lactancia materna predominante antes de los 6 meses.
- Duración de la lactancia materna.
- Alimentación con biberón.
- Frecuencia de tomas de leche para niños no amamantados.

Dentro de los resultados obtenidos a través de la encuesta del ENSANUT se exponen aquellos que tienen relación con la LM y nutrición complementaria antes de los 6 meses de edad:

Se estudiaron un total de 5949 niños de 0 a 35 meses, de los cuales 4015 tuvieron un inicio temprano de LM, exponiéndose que de aquellos que fueron evaluados entre los 0 a 24 meses el 54,6% inició la LM antes de las 24 horas posterior al parto y un 13,8% la iniciaron luego de pasadas las 24 horas, haciendo referencia a la prevalencia según el estatus socioeconómico se observó que

aquellos en la categoría de bajos ingresos tuvieron el mayor porcentaje de inicio antes de la primera hora con el 62,7%, mientras que con respecto al inicio posterior a las 24 horas predominó la categoría de altos ingresos con el 18,4% (5).

La prevalencia de LME en el estudio fue de 43,8%, al evaluarse por quintiles económicos se expone que en los que si recibieron LME predominó el quintil más bajo y aquellos que no recibieron LME predominaron en el quintil 4 con un 68,1%, del mismo modo la etnia predominante en aquellos que siguieron esta práctica fue la de indígena en el 77% de los casos, mientras que en los casos que no recibieron LME predominó la etnia montubia representando al 77,1%, en este mismo orden de ideas se evaluó el nivel de instrucción materno observándose que aquellas que no tuvieron educación formal representaron el 63% de aquellas que si dieron LME durante 6 meses (5).

Según el rango de edad se puede observar que de las madres mayores de 35 años, representaron el mayor porcentaje aquellas que si dieron LME con un 45,7%, en contraparte a las madres entre 12 y 14 años las cuales solo un 17,9% dio LME, al analizar el comportamiento según la zona de residencia se expone que esta práctica predominó en la zona rural con el 58,9% de los infantes (5).

Al estudiar a los niños menores de 6 meses que tomaron algún liquido diferente a la leche materna, se observa que corresponden al 55% de los casos estudiados para esta variable, este hecho fue más frecuente en los niños con familias que pertenecían al quintil económico 4 con un 67,4% (5).

#### **2.4. Teoría de los sistemas basado en la práctica de lactancia materna**

La teoría de los sistemas se ha planteado como la interacción abierta que existe entre diferentes organismos que se pueden relacionar entre sí, esta se aplica a la familia ya que se divide en subsistemas y sistemas que pueden ser influenciados por diversos aspectos, que pueden ser propios del individuo o referente a la familia, por lo cual en la madre de un niño RN comienzan a presentarse diferentes cambios que se encuentran desde el inicio de la gestación, dicho esto la LM depende de estos factores, principalmente de la

estructura y funcionalidad familiar ya que pueden influir directamente en la madre.

La LME puede verse influenciada de forma positiva como se ha mencionado previamente por el entorno familiar, sin embargo, este de no encontrarse formado de manera adecuada y si no es funcional puede ser un factor negativo para el desarrollo de esta práctica, es imperante mencionar que la LME depende netamente de la madre y a pesar de que tenga diversos subsistemas a su alrededor influenciándole siempre será su decisión realizarla o no, el nacimiento de un hijo representa para la misma una crisis normativa o no normativa, que condiciona diversos cambios como una nueva responsabilidad de cuidado y alimentación; sin embargo, si la madre no se encuentra preparada para el mismo y además no cuenta con el apoyo familiar puede encontrarse en riesgo de no tomar decisiones adecuadas en lo que respecta a la alimentación del infante, abandonando de manera precoz la LM o no realizándola en ningún momento, siendo este el principal problema que se aborda en este trabajo de investigación (43).

En este orden de ideas el médico familiar al momento de abordar a una mujer embarazada, debe investigar todos aquellos factores que puedan influenciarla dentro de sus diferentes subsistemas, como lo es la familia, compañeros de trabajo, compañeros de estudio, amigos cercanos y condiciones culturales que la paciente posea ya que una interacción negativa entre estos sistemas pueden condicionar el abandono de la LM, sin embargo el médico al saber contrarrestar dichos efectos a través de la educación y promoción de la LM, puede disminuir la probabilidad del abandono de esta práctica (44).

## **2.10. Importancia de la medicina familiar y la lactancia materna**

En el ser humano actual se deben tomar en consideración diferentes factores para determinar el componente instintivo de una conducta y el aprendizaje por los procesos de socialización, con respecto a la LM es un componente instintivo en el RN; sin embargo amerita una conducta aprendida por parte de la madre, que puede adquirir de diferentes formas, siendo la principal la transmisión de conocimiento de generaciones pasadas, por lo cual nuevamente se resalta la



importancia de las relaciones interpersonales en la LM para que la madre pueda adquirir los conocimientos básicos; sin embargo, estos por si solos no suelen ser suficientes, ya que por lo general la LM se conoce como una práctica beneficiosa, pero existen casos en los que las madres no conocen los verdaderos beneficios para el infante y ellas mismas.

El médico de familia tiene un rol fundamental en la evaluación de una gestante, ya que el proceso de enseñanza sobre la LM comienza desde que la paciente decide realizar planificación familiar, para posteriormente procrear el producto o cuando la paciente llega a la consulta sin haber tenido una planificación familiar, siendo este último el más común de los casos, partiendo desde esta premisa el médico debe estar familiarizado con ambos casos y saber de qué manera se abordarán, el primer punto a tratar debe ser el conocimiento sobre la LME que posea la madre, siendo esta la base fundamental del resto del proceso, posterior a la revisión de este conocimiento se debe proceder a instruirla, con respecto a beneficios infantiles y maternos, características, tiempo de duración y aclarar las dudas que pudiesen surgir con respecto a esta práctica.

Por lo antes expuesto se resalta la importancia del médico de familia en la evaluación de la gestante, mediante educación que se debe mantener hasta el parto y a posteriori al menos por los primeros 6 meses de vida, de igual manera el médico de familia está en el deber de mantenerse en constante actualización con respecto a técnicas, beneficios y todo lo destacado con respecto a la LM, al igual que mantener la constante interacción con las pacientes, promoviendo charlas educativas con la finalidad de familiarizarlas con todo el proceso.

## **2.6. Principios de la medicina familiar y lactancia materna**

Se han descrito en la actualidad 9 principios de la medicina familiar (45):

1. “Los médicos de familia deben estar comprometidos con el paciente y no solo con su patología”, en referencia a la madre quiere decir que el médico debe ser capaz de abordar todos los sistemas y subsistemas con los cuales esta interacciona.

2. “El médico de familia debe entender el contexto de la patología”, el médico deberá colocar a la madre en todos los contextos, tanto el personal como el de referencia a su familia, entorno laboral y social.
3. “El médico de familia considera que cada contacto con el paciente es una oportunidad para la promoción en salud”, en referencia a la madre, se debe realizar la promoción de la LM cada vez que asista a la consulta, tratando de dejar claras todas las dudas que puedan surgir en cada reunión.
4. “El médico de familia ve a sus pacientes como una población en riesgo”, en el caso de las madres dependiendo de los factores que el médico pueda evidenciar esta puede encontrarse en riesgo de no practicar la LME, por lo cual en cada momento se deben considerar y tratar de ser modificados aquellos que puedan serlo.
5. “El médico de familia se ve a sí mismo como parte de la red comunitaria de atención en salud”, por lo cual se pondrá de acuerdo para promover la LM a través de charlas a las que puedan asistir tanto el personal de salud como las gestantes y pacientes en planificación familiar.
6. “Sería adecuado que el médico pudiese compartir el ambiente del paciente”, este punto es más frecuente cuando el médico asiste a un centro de salud de manera constante y se familiariza con costumbres e información que le pueda ser útil para entender la realidad de la gestante.
7. “El médico de familia asiste a la casa de los pacientes”, este punto es fundamental ya que en este momento puede determinar aquellos factores que la gestante no exprese durante la consulta médica.
8. “El médico de familia le da relevancia a los aspectos que son subjetivos de medicina”, acá se deben tomar en consideración aquellos aspectos de la madre que ella no exprese pero que el médico puede identificar.
9. “El médico es un buen gestor de recursos”, si la madre necesita ser referida con otro especialista el médico familiar será capaz de enviarlo con este.

## **2.7. Antecedentes**

En el presente apartado se expondrán los principales antecedentes de aspectos relacionados con la LM y sus factores asociados.

Tewabe y cols., en el 2017 realizaron un estudio que evaluó la prevalencia de la práctica de la LME y sus factores asociados entre las madres que tienen bebés menores de seis meses en Etiopía, fue un estudio cuantitativo de corte transversal desde el 7 de abril de 2015 hasta el 7 de mayo de 2015, reportando que la prevalencia de la LME fue del 50,1% y los factores que se encontraron asociados al mantenimiento de la misma fueron: madres desempleadas (OR 3.01: 1.46, 6.20), madres de bajos ingresos (OR 3.61: 1.75, 7.45), madres que recibieron asesoramiento sobre la LM durante el embarazo (OR 2.76: 1.52, 4.99) y el apoyo de la pareja (OR 2.67: 1.04, 6.95) (37).

Mohamed y cols., en el 2018 evaluaron la prevalencia y factores asociados a la LME en Somalia, fue un estudio transversal, encontrándose como resultados que la mayor proporción de las madres (99.7%) habían amamantado a su bebé. La prevalencia de LME fue del 5,2% mientras que el 94.8% no amamantó exclusivamente a su bebé hasta los seis meses previstos. Ser una madre con educación formal fue un predictor para la práctica exclusiva de la LM, al igual que recibir asesoramiento en LM y desempleo materno (46).

En Indonesia, Ratnasari y cols. en el 2017 estudiaron los factores asociados a la LME, fue un estudio transversal en el cual se reclutaron madres trabajadoras de medianas y grandes empresas. Las participantes del estudio fueron 158 madres trabajadoras cuyos hijos tenían 6 años de edad, el apoyo familiar adecuado para dar LM (OR: 2,86; IC 95%: 1,25–6,53) y un alto nivel de educación paterna (OR: 2,68; IC 95%: 1,11–6.48) se asociaron significativamente con la práctica de la LME entre las madres trabajadoras. Sin embargo, el sexo y la edad del niño, la paridad y la edad y el nivel de educación de la madre no estaban asociados con amamantamiento (47).

Rincón y cols. en Colombia en el 2011 analizaron la práctica de la LME y parcial en la ciudad de Caldas, observándose que la mediana de duración de la LME fue de tres meses, siendo menor que la propuesta por el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia para la LME, la mediana de la LM parcial o con suministro de alimentos fue de cuatro meses (48).



Pino y cols. en Chile en el 2013 estudiaron los factores que incidían en la duración de la LME en una comunidad rural de Chile, donde evaluaron a 81 madres y obtuvieron como resultados que el 56,7% de las madres tuvo un destete precoz, las razones más importantes fueron hipogalactia (45,6%), indicación del personal de salud por enfermedad de la madre (15,2%) y motivos laborales (13%). Se encontró que la menor media de edad se observó en el grupo con destete precoz, con diferencia estadística significativa ( $p= 0.046$ ) (36).

Albán y Yépez en 2015 en la ciudad de Quito realizaron un trabajo de investigación para determinar el conocimiento de las madres sobre la LM, al igual que describir los factores asociados, teniendo como resultado que el 43,8% mantuvo la LME, se observó además que, a mayor nivel educativo de la madre menor práctica de la LM, con respecto a la edad materna predominaron los casos de abandono en las madres entre 12 a 14 años (49).

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 HIPÓTESIS**

- La lactancia materna exclusiva está asociada a los factores socioculturales y económicos como: adecuada funcionalidad familiar, pertenecer a una familia nuclear, edad mayor a 35 años, etnia indígena, pertenecer al quintil 1 de pobreza de consumo, residencia en área rural, casada o unión estable, nivel de instrucción bajo, parto vaginal, poseer conocimientos sobre LM, reintegración oportuna a sus actividades de trabajo o estudio luego del parto.

### **3.2 OBJETIVO GENERAL**

- Identificar factores de las madres y sus familias asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Mariano Estrella, 2018.

### **3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características demográficas, socio culturales y económicos de la población en estudio.
- Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva.
- Relacionar los factores asociados a las prácticas de la lactancia materna exclusiva: funcionalidad familiar, tipo de familiar, residencia, estado civil, nivel de instrucción materno, tipo de parto y conocimiento sobre la lactancia.

## **CAPÍTULO IV**

### **4.1 METODOLOGÍA**

### **4.2 TIPO DE ESTUDIO**

Fue un estudio transversal analítico que permitió la determinación de la prevalencia de la LME y de sus factores asociados.

### **4.3 ÁREA DE ESTUDIO**

Hospital Dermatológico Leprocomio Mariano Estrella.

### **4.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

El universo fue finito, está conformado por: 119 madres con niños menores de 6 meses.

### **4.5 MUESTRA**

La muestra estuvo comprendida por 119 madres de niños entre 0 y 6 meses de edad. Con una frecuencia esperada de 34.7 %, con un nivel de confianza 95 %, margen aceptable de error 5%, con un universo finito de 127.

#### **Definición de caso**

Se consideró como LME a aquellas madres que le dieron a sus infantes lactancia desde el nacimiento hasta los 6 meses edad, sin dar ningún otro líquido en este período de tiempo.

### **4.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se trabajó con las madres de 119 infantes.



## **4.7 VARIABLES MATRIZ Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (VER ANEXO 1)**

### **Variable independiente**

Factores sociodemográficos, culturales y escolaridad.

### **Variable dependiente**

Lactancia materna exclusiva.

### **Variables intervinientes (control)**

Estado civil, sexo, edad

## **4.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **4.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Madres que tuvieron período de lactancia posterior al parto que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital Dermatológico Leprocomio Mariano Estrella Comunidad de Bellavista y madres que fueron captadas durante las visitas domiciliarias o que no acudieron al control postparto durante el año 2018, que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado.

### **4.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Madres con post parto con patología sistémica grave o enfermedad grave del recién nacido.
- Problemas mentales que dificulten la comunicación para recolectar los datos

## **4.9 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se aplicó un cuestionario para la recolección de datos demográficos y factores que influyen en la LME a las madres que acudieron a la consulta externa del



Hospital Dermatológico Leprocomio Mariano Estrella de la Comunidad de Bellavista en el año 2018.

## **Instrumento**

Se utilizaron tres instrumentos de medición:

1. Cuestionario sobre LM adaptado del ENSANUT el cual se secciona en tres, la parte 1 enfocada en la evaluación de características socioculturales y económicas de la madre o cuidadora principal, la parte 2 a la estructura familiar y la 3 a las características de la LM (Anexo 2).
2. Test de funcionamiento familiar (FF-SIL): instrumento que sirve para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. (Anexo 3)
3. Test de conocimiento sobre la LM: es un cuestionario elaborado por Ferro M y Flores y modificados por Zapata F. sobre el nivel de conocimiento de la LME, consta de 10 preguntas, con un valor de 2 puntos cada una, con un puntaje máximo de 20 puntos y un mínimo de 0 puntos. Las preguntas están referidas a las ventajas, importancia y tiempo en el cual se brinda LME (Anexo 4).

## **4.10 PLAN DE ANÁLISIS**

Los datos recolectados fueron codificados en valores numéricos e ingresados en una base de datos en el programa estadístico SPSS en su versión 15 para su tabulación. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas continuas tales como edad materna, tiempo de inicio de actividades, se obtuvieron medias y desviaciones estándares previo a su transformación a variables cualitativas. Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial los datos se ordenaron en tablas tetracóricas. La asociación se determinó por el Chi cuadrado, Odds Ratio e intervalo de confianza del 95%.





#### **4.11 ASPECTOS ÉTICOS**

Se solicitó el permiso correspondiente por escrito a la directora del Hospital Dermatológico Leprocomio Mariano Estrella. De igual manera se solicitó el consentimiento o asentimiento informado a las madres mayores de 18 años y menores de 18 años respectivamente. Los datos que se entregaron fueron obtenidos con total veracidad y pueden ser verificados por la Facultad de Ciencias Médicas, por la comisión de Bioética o por el Ministerio de Salud Pública.

Los resultados finales serán socializados para el beneficio de la colectividad. La información recolectada ha sido manejada respetando la integridad de las personas, guardando respeto, confidencialidad y sobre todo los datos serán utilizados únicamente para el estudio con fines académicos y de investigación.

A los participantes se les explicó el estudio, se les leyó el consentimiento informado (Anexo 5) a las mayores de 18 años y el asentimiento informado a las menores de esta edad (Anexo 6), este fue firmado posterior a que el individuo refiriera entender todos los aspectos de la investigación.

## CAPÍTULO V

### 5.1 RESULTADOS

Tabla 1.

*Características sociodemográficas de las madres y sus familias en el Hospital Mariano Estrella, 2018.*

|   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Área</b>                                   |     |      |
| Urbana  | 108 | 90,8 |
| Rural   | 11  | 9,2  |
| <b>Grupo Etario</b>                           |     |      |
| Adolescencia temprana 11-13 años              | 0   | ,0   |
| Adolescencia media 14 a 16 años               | 1   | ,8   |
| Adolescencia tardía 17 a 19 años              | 9   | 7,6  |
| Adulto joven 20 a 34 años                     | 90  | 75,6 |
| Adulto medio 35 a 49 años                     | 19  | 16,0 |
| <b>Miembros de la familia</b>                 |     |      |
| 1-3 miembros                                  | 36  | 30,3 |
| 4-6 miembros                                  | 77  | 64,7 |
| más de 6 miembros                             | 6   | 5,0  |
| <b>Estado Civil</b>                           |     |      |
| Soltero                                       | 16  | 13,4 |
| Casado  | 50  | 42,0 |
| Viudo   | 0   | ,0   |
| Divorciado                                    | 10  | 8,4  |
| Unión libre                                   | 43  | 36,1 |
| <b>Instrucción de la Madre</b>                |     |      |
| Ninguna                                       | 0   | ,0   |
| Primaria                                      | 29  | 24,4 |
| Secundaria                                    | 51  | 42,9 |
| Educación básica                              | 7   | 5,9  |
| Bachillerato                                  | 17  | 14,3 |
| Ciclo post bachillerato, superior o postgrado | 15  | 12,6 |
| <b>Ocupación</b>                              |     |      |
| Estudia                                       | 9   | 7,6  |
| Trabaja                                       | 34  | 28,6 |
| Ama de casa                                   | 76  | 63,9 |
| <b>Etnia</b>                                  |     |      |
| Indígena                                      | 1   | ,8   |
| Afroecuatoriano                               | 2   | 1,7  |
| Montubio                                      | 0   | ,0   |
| Mestizo                                       | 116 | 97,5 |
| <b>Estructura Familiar</b>                    |     |      |



|                          |     |      |
|--------------------------|-----|------|
| Nuclear                  | 82  | 68,9 |
| Extensa                  | 37  | 31,1 |
| <b>Ingresos</b>          |     |      |
| menor o igual a 47,56\$  | 0   | ,0   |
| menor o igual a 84,32\$  | 0   | ,0   |
| menor o igual a 134,23\$ | 2   | 1,7  |
| menor o igual a 251,72\$ | 2   | 1,7  |
| mayor a 251,72\$         | 115 | 96,6 |

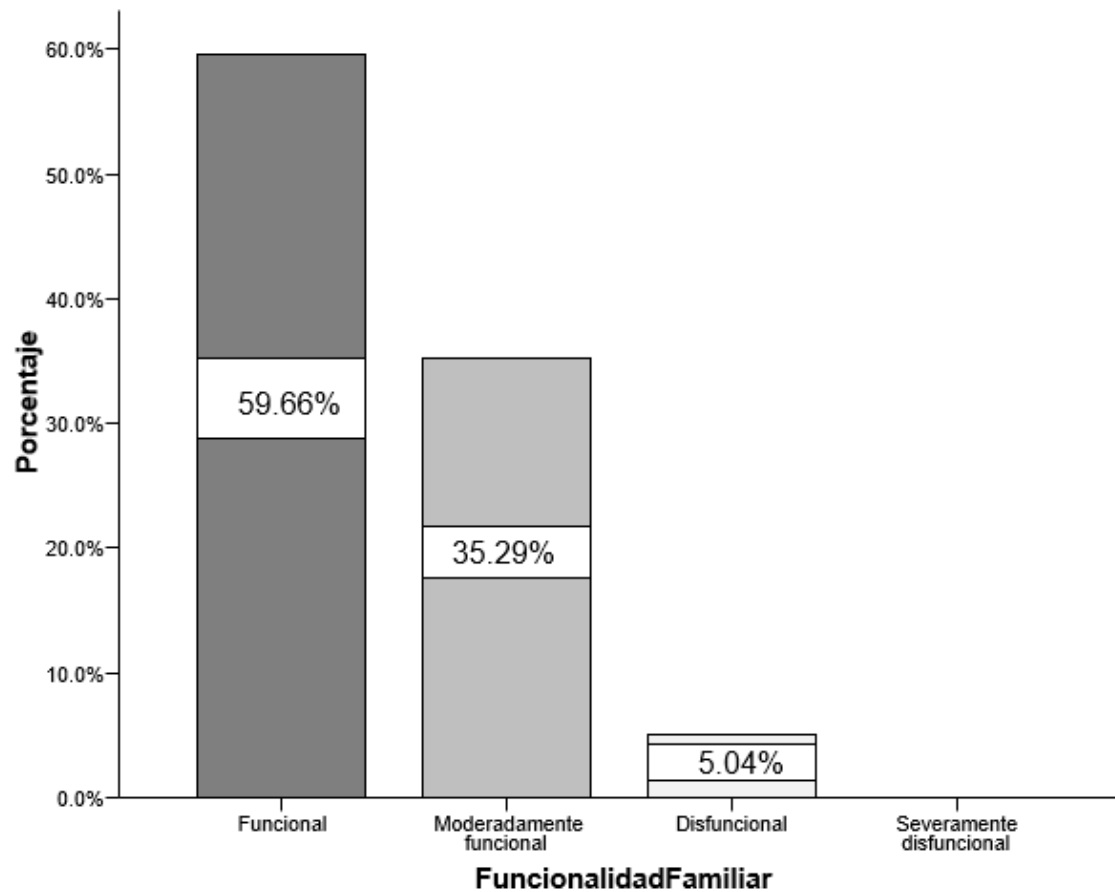
**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Lenin Santiago Sacoto Maldonado

En la presente tabla se observó que el mayor porcentaje de la población estudiada provino de la zona urbana con el 90,8%, con respecto al grupo etario el de 20 a 34 años fue el más frecuente representando al 75,6%, asimismo, la mayoría reportó que convive con 4 a 6 miembros de su familia siendo estos el 64,7%, el estado civil predominante fue el de casados con un 42%, el grado de instrucción de la madre predominante fue de la secundaria con el 42,9%, según el estatus laboral el mayor porcentaje reportó ser ama de casa con un 63,9%, de igual forma un poco menos de la totalidad de los casos reportó ser mestizo siendo estos el 97,5%, más de la mitad de los casos perteneció a una familia nuclear con el 68,9%, finalmente el 96,6% de las encuestadas percibió un ingreso mayor a 251,72\$.

Gráfico 1.

*Comportamiento de la funcionalidad familiar en las madres y sus familias en el Hospital Mariano Estrella, 2018.*



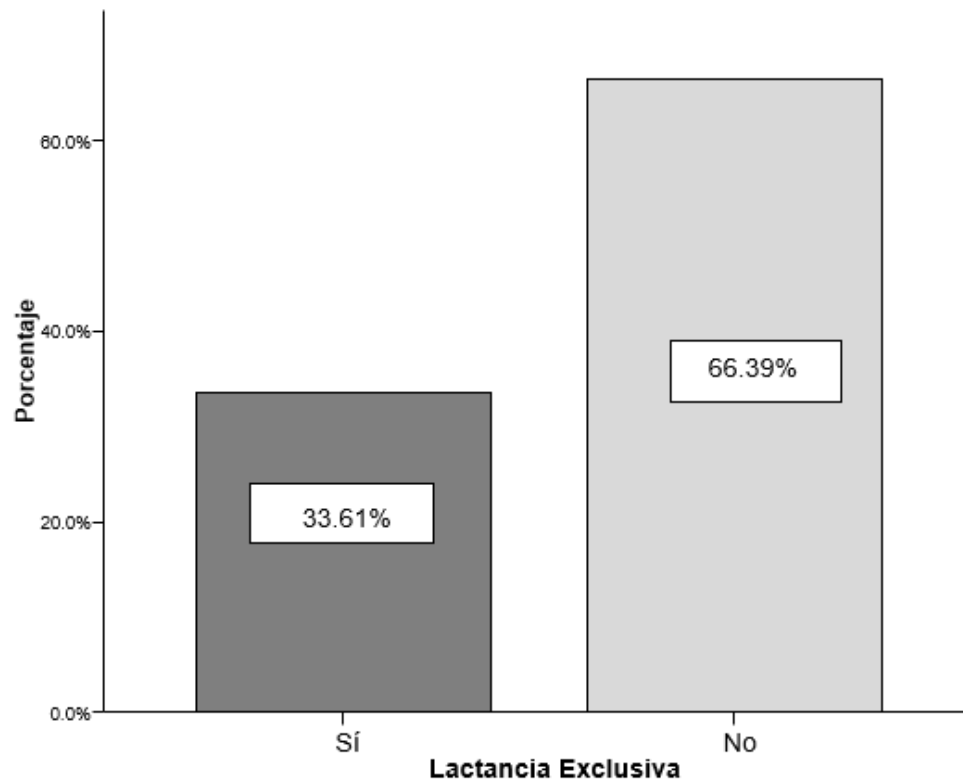
**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Lenin Santiago Sacoto Maldonado

En el presente gráfico se observó que el mayor porcentaje de las encuestadas perteneció a una familia funcional con el 59,66% y una minoría a una disfuncional con el 5,04%.

Gráfico 3.

*Comportamiento epidemiológico de la lactancia materna en el Hospital Mariano Estrella, 2018.*



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Lenin Santiago Sacoto Maldonado

De la totalidad de las encuestadas el 33,61% dieron LME.

Tabla 2.

*Comportamiento del nivel de conocimiento en las madres y sus familias sobre lactancia materna en el Hospital Mariano Estrella, 2018.*

|                     | n   | %     |
|---------------------|-----|-------|
| <b>Conocimiento</b> |     |       |
| Bueno               | 69  | 58,0  |
| Regular             | 42  | 35,3  |
| Deficiente          | 8   | 6,7   |
| <b>Total</b>        | 119 | 100,0 |

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Lenin Santiago Sacoto Maldonado

Al evaluar el conocimiento de las madres sobre LM se evidenció que el mayor porcentaje de las mismas con el 58,0% tuvo un conocimiento bueno, seguido por uno regular en el 35,3% de los casos.

Tabla 3.

*Comportamiento de las variables sociodemográficas y su relación con la lactancia materna exclusiva en el Hospital Mariano Estrella, 2018.*

|   | Lactancia Exclusiva |       |         |      | OR (IC95%) p |                          |
|---|---------------------|-------|---------|------|--------------|--------------------------|
|   | Sí<br>n             | %     | No<br>n | %    |              |                          |
| <b>Área</b>                             |                     |       |         |      |              |                          |
| Urbana                                  | 37                  | 92,5  | 71      | 89,9 | 1,25         | 0,46-3,41<br>(p=0,460)   |
| Rural                                   | 3                   | 7,5   | 8       | 10,1 |              |                          |
| <b>Miembros de la familia</b>           |                     |       |         |      |              |                          |
| Menor de 5                              | 18                  | 45,0  | 54      | 68,4 | 0,53         | 0,32-0,88<br>(p=0,012)   |
| Mayor o igual a 5                       | 22                  | 55,0  | 25      | 31,6 |              |                          |
| <b>Etnia</b>                            |                     |       |         |      |              |                          |
| Mestizo                                 | 40                  | 100,0 | 76      | 96,2 | -----        |                          |
| Otros                                   | 0                   | 0,0   | 3       | 3,8  |              |                          |
| <b>Edad de la madre*</b>                |                     |       |         |      |              |                          |
| <20 años                                | 4                   | 12,5  | 6       | 8,8  | 1,47         | (0,38-5,64) (p=0,567)    |
| 20-34 años                              | 28                  | 87,5  | 62      | 91,2 |              |                          |
| <b>Edad de la madre**</b>               |                     |       |         |      |              |                          |
| >34 años                                | 8                   | 22,2  | 11      | 15,1 | 1,61         | (0,58-4,44)<br>(p=0,354) |
| 20-34 años                              | 28                  | 77,8  | 62      | 84,9 |              |                          |
| <b>Estado civil</b>                     |                     |       |         |      |              |                          |
| Con pareja                              | 31                  | 77,5  | 62      | 78,5 | 0,96         | 0,53-1,76<br>(p=0,902)   |
| Sin pareja                              | 9                   | 22,5  | 17      | 21,5 |              |                          |
| <b>Nivel de instrucción de la madre</b> |                     |       |         |      |              |                          |
| Bajo nivel educativo                    | 11                  | 27,5  | 25      | 31,6 | 0,87         | 0,49-1,55<br>(p=0,403)   |
| Moderado a alto nivel educativo         | 29                  | 72,5  | 54      | 68,4 |              |                          |
| <b>Empleo</b>                           |                     |       |         |      |              |                          |
| Empleada                                | 10                  | 25,0  | 24      | 30,4 | 0,83         | 0,46-1,51<br>(p=0,348)   |
| No empleado                             | 30                  | 75,0  | 55      | 69,6 |              |                          |
| <b>Estructura Familiar</b>              |                     |       |         |      |              |                          |
| Nuclear                                 | 22                  | 55,0  | 60      | 75,9 | 0,55         | 0,34-0,88<br>(p=0,017)   |
| Extensa                                 | 18                  | 45,0  | 19      | 24,1 |              |                          |

| <b>Funcionalidad familiar</b> |    |       |    |      |                             |
|-------------------------------|----|-------|----|------|-----------------------------|
| Funcional                     | 38 | 95,0  | 75 | 94,9 | 1,01 0,32-3,22<br>(p=0,678) |
| Disfuncional                  | 2  | 5,0   | 4  | 5,1  |                             |
| <b>Ingresos familiares</b>    |    |       |    |      |                             |
| Menor o igual de 250\$        | 0  | 0,0   | 4  | 5,1  | -----                       |
| Mayor 250\$                   | 40 | 100,0 | 75 | 94,9 |                             |

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Lenin Santiago Sacoto Maldonado

\*Comparación entre los grupos etarios <20 años y 20 y 34 años

\*\*Comparación entre los grupos etarios >34 años y 20 y 34 años

En el presente análisis se observó que el tener una familia con menos de 5 miembros es un factor que disminuye la probabilidad de dar LME  $p=0,012$  comportamiento similar que lo reportado en el análisis de la estructura familiar en la que pertenecer a una familia nuclear disminuye la probabilidad de dar LME  $p=0,017$ , mientras la LME predominó en el área de residencia urbana con el 92,5%, etnia mestiza con el 100%, edad de la madre en donde fue del 12,5% en aquellas madres menores de 20 años mientras que en las mayores de 34 años fue de 22,2%, el estado civil con pareja predominó con el 78,%, según el nivel de instrucción de la madre predominó con el 72,5% el de un moderado a alto, en referencia al empleo preponderaron aquellas no empleadas con el 75%, familia funcional con el 95% e ingresos familiares mayores a 250\$; sin embargo no se asociaron a la presencia de LME de forma estadísticamente significativa.

Tabla 4.

*Características relacionadas a la práctica de la lactancia materna y su asociación con respecto a la lactancia materna exclusiva, en el Hospital Mariano Estrella, 2018.*

|  | Lactancia Exclusiva |      |    |       | OR (IC95%) p                |
|--|---------------------|------|----|-------|-----------------------------|
|  | Sí                  |      | No |       |                             |
|  | n                   | %    | n  | %     |                             |
| <b>Tiempo Para Amamantar</b>                     |                     |      |    |       |                             |
| En el momento                                    | 30                  | 75,0 | 51 | 64,6  | 1,40 0,77-2,57<br>(p=0,172) |
| a las horas                                      | 10                  | 25,0 | 28 | 35,4  |                             |
| <b>Reinicio De Actividades Después Del Parto</b> |                     |      |    |       |                             |
| Sí   | 11                  | 27,5 | 33 | 41,8  | 0,65 0,37-1,16<br>(p=0,127) |
| No   | 29                  | 72,5 | 46 | 58,2  |                             |
| <b>Tiempo de reinicio de actividades</b>         |                     |      |    |       |                             |
| Menor o igual a los 6 meses                      | 7                   | 77,8 | 32 | 100,0 | -----                       |
| Mayor a 6 meses                                  | 2                   | 22,2 | 0  | ,0    |                             |
| <b>Recibió Consejería</b>                        |                     |      |    |       |                             |
| Sí   | 36                  | 90,0 | 71 | 89,9  | 1,01 0,43-2,35<br>(p=0,627) |
| No   | 4                   | 10,0 | 8  | 10,1  |                             |
| <b>Tipo De parto</b>                             |                     |      |    |       |                             |
| Vaginal  | 28                  | 70,0 | 54 | 68,4  | 0,90 0,53-1,53<br>(p=0,432) |
| Cesárea  | 12                  | 30,0 | 25 | 31,6  |                             |
| <b>Conocimiento sobre lactancia materna</b>      |                     |      |    |       |                             |
| Bueno  | 25                  | 62,5 | 44 | 55,7  | 1,20 0,71-2,04<br>(p=0,304) |
| Deficiente                                       | 15                  | 37,5 | 35 | 44,3  |                             |

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Lenin Santiago Sacoto Maldonado

En esta tabla se observa que según el tiempo para amamantar y la LME el 75% de aquellas que mantuvieron la práctica de LME dieron de amamantar en el momento justo posterior al parto, mientras que aquellas que no la dieron solo el 64,6% amamanto en ese momento, en referencia al reinicio de las actividades después del parto el 27,5% de aquellas que dieron LME comenzaron sus





actividades mientras que el 41,8% de aquellas que no siguieron esta práctica comenzaron sus actividades posterior al parto, según el tiempo de reinicio de las actividades el 100% de las que no dieron LME inició antes de los 6 meses las actividades versus el 77,8% de aquellas que si mantuvieron esta práctica, según la consejería el 90% de las que dieron LME recibieron esta información en contraste al 89,9% de las que no dieron LME, según el tipo de parto el 70% de las mujeres que dieron LME tuvieron un parto vaginal versus el 68,4% de aquellas que no dieron LME y según el conocimiento el 62,5% de las que dieron LME tuvieron un conocimiento bueno a diferencia del 55,7% de aquellas que no la dieron, al contrastar estas variables no se evidenciaron diferencias estadísticas significativas.

## CAPÍTULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

Evidencia de estudios observacionales en varios países han informado que la LME en los primeros seis meses de vida y la lactancia complementaria (LC) durante dos años o más, constituye un factor protector para la enfermedades crónicas en la infancia y durante toda la vida del individuo (50). La interrupción temprana de la LME, definido como el abandono de la práctica de la LM y la sustitución total o parcial de la leche materna con otros alimentos antes de que el niño cumpla seis meses de edad, conlleva a la privación de estos beneficios y problemas en la salud de la madre y del niño (51).

La prevalencia de LME fue del 33,61%, este punto es relevante ya que representan una proporción baja de la población estudiada, por lo cual se ha demostrado que la hipótesis en la cual se plantea una frecuencia baja de esta práctica es acertada, este comportamiento se debe a diferentes factores como se ha demostrado en distintos trabajos de investigación, como lo es el caso de Ratnayake y cols., en el cual se evidenció que la prevalencia de LME fue del 50,8% cifras superiores a lo que se encontró en el presente trabajo de investigación (52), en análisis realizados en otros países se ha documentado una prevalencia de LME del 25% en promedio y esta oscila entre el 18 y 32% (53).

En referencia al conocimiento sobre la LME en este estudio se evidencia que fue bueno en el 58% de las encuestadas, estas cifras son relevantes ya que expone que a pesar de que más de la mitad de las madres conocen detalles importantes en referencia a esta práctica incluyendo, teorías y beneficios, no todas practicaron la LME, por lo cual se reconoce que no solo tener el conocimiento es suficiente para mantener esta actividad, las cifras resultantes de este análisis se comparan con las reportadas por Nukpezah y cols., en las cuales las madres estudiadas en su totalidad tenían el conocimiento básico con respecto a la LME, sin embargo su prevalencia fue del 27,7% (54), en este estudio el conocimiento bueno predominó en las madres que dieron LME durante 6 meses.

De igual manera, en el presente estudio se determinó una asociación entre el número de miembros de la familia ( $< 5$ ) y la estructura nuclear de la misma, en el cual ambas se asociaron con la menor probabilidad de práctica de la LME, este hecho puede derivarse de un ambiente de menor información en el que no se cuenta con familiares que aporten al mantenimiento de esta práctica, la LM debe ser tranquila, que cumpla con los parámetros adecuados para que esta puede funcionar y sea beneficiosa para el infante al igual que para su mamá, en un reporte realizado en la India, se evidenció que la prevalencia de la LME fue solo del 11,4%, estas bajas cifras se asociaron a bajo nivel educativo de la madre, dos o más hijos en la familia, estructura extensa de la familia y el parto durante el verano fueron factores asociados al cese temprano de la LM hecho que se contrasta con el presente análisis en el cual pertenecer a una familia nuclear fue otro factor asociado a la disminución de la probabilidad de mantener la LME (55).

Ciertos factores se encontraron en mayor frecuencia en las madres que dieron LME, como es el caso del tiempo de amamantar al momento del parto, en contraste a aquellas que lo hicieron en las siguientes horas, este resultado es importante ya que el primer contacto con la madre se ha descrito como el principal vínculo entre el binomio madre-hijo, este contacto ha sido relacionado con mayor frecuencia de LME y mayor duración de la misma, esta teoría se respalda en el estudio de Doga y cols., en donde el 60,1% de las madres que dieron LME iniciaron en menos de una hora posterior al parto (56).

De igual manera otro de los factores que predominó en las madres que dieron LME fue el de que estas tuvieron un porcentaje menor de reinicio de las actividades posterior al parto, este hecho es importante ya que la LME se refiere a cuando el niño quiera, cuantas veces quiera, sin tener un control de horarios, por lo cual si la madre debe salir a realizar sus diferentes labores, esta disminuirá las horas con su hijos y aumentará el riesgo de comenzar una LC; sin embargo esto podría evitarse si la madre tiene una educación adecuada sobre la creación de bancos de leche que permiten a un cuidador poderle administrar la leche materna sin necesidad que la madre este presente todo el tiempo, en el estudio realizado por Hossain y cols., se expone que aquellas madres que se dedicaron



solo a los oficios del hogar posterior al parto se mantuvieron en mayor frecuencia en la práctica de la LME (57).

La consejería otorgada por el médico de familia es fundamental para llevar a cabo la LME, ya que la madre en la nueva era tiene diversa información con respecto a esta práctica, sin embargo, esta no suele ser fidedigna y comprobada, careciendo de enfoque científico, haciendo que esta pierda el interés por amamantar a su hijo, este es un reto importante para el médico quien debe dar las herramientas necesarias a la misma para que pueda comenzar y mantener la actividad al menos por los 6 primeros meses de vida, este hecho se respalda en el presente estudio ya que la mayor proporción de las mujeres que dieron LME fueron aconsejadas, comparable con el efecto positivo que tuvo la consejería en la práctica de LME en una región rural de Kenia (58).

A pesar de que no se observó un comportamiento concluyente entre el tipo de parto y la LME, diferentes estudios han reportado que el nacimiento por parto vaginal representa un factor positivo para la LME, esto puede explicarse desde el punto de vista fisiológico, a través de los cambios que se generan durante el parto en la madre que hacen que esta comience de manera adecuada el proceso de LM justo al nacer el niño, en este estudio en el grupo de LME predominó el parto vaginal, este comportamiento es similar al observado en el estudio de Pino y cols. en el cual a pesar de no encontrar asociación estadística significativa el parto vaginal predominó en las mujeres que dieron LME (36).

En este estudio se concluye con que la frecuencia de la LME es relativamente baja con relación a lo observado en otros países, por lo cual se deben tomar en cuenta estas cifras para el comienzo de medidas asociadas a la mejora de este perfil epidemiológico, ya que estas bajas cifras de LME pueden estar influenciado de forma negativa el estado de salud de los infantes en la región.

## CAPÍTULO VII

### 7.1. CONCLUSIONES

Se concluye con las siguientes aseveraciones:

- Se ha demostrado de forma parcial la hipótesis ya que la lactancia materna exclusiva se relacionó con ciertos factores demográficos y propios de la práctica de la lactancia.
- La prevalencia de la LME es baja en contraste a los valores referidos en otros artículos de investigación y el abandono de la misma se encontró asociado a familias nucleares y a menos de 5 miembros en el hogar.
- La LME se presentó en mayor proporción de forma destacada en las mujeres que amamantaron en el momento posterior al parto, no reiniciaron actividad posterior al parto, parto vaginal, las que recibieron consejería y aquellas que tenían buen conocimiento sobre la LM.

## 7.2. RECOMENDACIONES

Los resultados del presente análisis permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- Realizar este estudio a mayor escala y determinar si los resultados obtenidos en el presente análisis son comparables a otras poblaciones en Ecuador.
- Incentivar a la práctica de la LME, informando a la madre de las ventajas tanto para el bebé como para ella, de esta manera se busca una mejor adherencia a la misma.
- Verificar que factores pueden estar influyendo dentro del núcleo familiar para que no se esté dando la práctica, como se observó en este análisis, el tener familias nucleares es un factor que evitó la LME, sin embargo, este hecho puede derivarse más del parentesco de los miembros de la familia más que del número de estos.
- El médico de familia debe ser un garante de esta práctica, lo cual constituirá mejores lazos entre madres e hijos y estos serán más sanos.



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mosimah CI. Impact of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding on Nutrition and Child Survival Indicators as Illustrated by the World Breastfeeding Trends Initiative Tool [Tesis Doctoral]. [Ohio]: Wright State University; 2015.
2. Vehling L, Chan D, McGavock J, Becker AB, Subbarao P, Moraes TJ, et al. Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: Implications for health equity. Birth [Internet]. diciembre de 2018 [citado 19 de enero de 2019];45(4):440-9. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/birt.12345>
3. Patel R, Oken E, Bogdanovich N, Matush L, Sevkovskaya Z, Chalmers B, et al. Cohort Profile: The Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). Int J Epidemiol [Internet]. 1 de junio de 2014 [citado 19 de enero de 2019];43(3):679-90. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/43/3/679/757449>
4. Cubero ZA, Campos GB. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. Rev Enferm Actual En Costa Rica. 2012;(23):4.
5. ENSANUT. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. 2014 [citado 8 de septiembre de 2018]; Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
6. Diaz FER, Leon RGD, López AC de, Mojica FC, et al. Factores relacionados a la Lactancia Materna Exclusiva en Panamá. Rev Médica Panamá - ISSN 2412-642X [Internet]. 19 de junio de 2018 [citado 19 de enero de 2019];37(2). Disponible en: <https://www.revistamedica.org/index.php/rmdp/article/view/435>

7. Niño MR, Silva EG, Atalah SE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatría [Internet]. abril de 2012 [citado 19 de enero de 2019];83(2):161-9. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0370-41062012000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062012000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
8. Kelaye T. Assessment of Prevalence of Exclusive Breast Feeding Practice and Associated Factors among Under Six-Month-Old Children Selected Woreda South Nation Nationality of People Regional State, Ethiopia, 2016. J Nutr Health Food Sci [Internet]. 27 de octubre de 2017 [citado 19 de enero de 2019];5(6):1-7. Disponible en: <https://symbiosisonlinepublishing.com/nutritionalhealth-foodscience/nutritionalhealth-foodscience111.php>
9. Hunegnaw MT, Gezie LD, Teferra AS. Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Gozamin district, northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. Int Breastfeed J [Internet]. diciembre de 2017 [citado 19 de enero de 2019];12(1):12-30. Disponible en: <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-017-0121-1>
10. Nukpezah RN, Nuvor SV, Ninnoni J. Knowledge and practice of exclusive breastfeeding among mothers in the tamale metropolis of Ghana. Reprod Health [Internet]. diciembre de 2018 [citado 19 de enero de 2019];15(1). Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0579-3>
11. Pérez RRG, Reyes DDO, Hernández A. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. Rev Cuba Pediatría. 2016;88(1):43-54.
12. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. La lactancia materna: guía para profesionales. Majadahonda (Madrid: Ergón); 2004.





13. Alzate-Meza MC, Arango C, Castaño-Castrillón JJ, Henao-Hurtado AM, Lozano-Acosta MM, Muñoz-Salazar G, et al. investiGaCión oRiGinal. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011;62(1):57–63.
14. Coulibaly A, Ake Tano O, Béné Bi Vroh J, Traoré Y, Dagnan NS. [Socioeconomic factors influencing exclusive breastfeeding among primiparous women in Abidjan (Ivory Coast)]. Sante Publique Vandoeuve--Nancy Fr. agosto de 2014;26(4):555-62.
15. Singh DV, Paliwal DA, Mohan DI, Bhardwaj DSL, Choudhary RC, Sharma DBN. The study of socioeconomic factor affecting breast feeding practice among family of rural area of Jaipur. Med Educ. 2013;(1):9.
16. Consejo nacional de planificación. Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017. [Internet]. 2017 [citado 19 de enero de 2019]. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/Plan\\_Nacional\\_Buen\\_Vivir\\_2013-2017.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf)
17. Muy Vásquez DV, Zambrano Tigre RL. Lactancia materna, experiencias de las mujeres de la parroquia Monay, subcentro de salud no. 3 Tomebamba, provincia del Azuay. Cuenca, 2009-2010. 2010 [citado 13 de enero de 2019]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3559>
18. INEC. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. 2017;38.
19. WHO. WHO | Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants [Internet]. WHO. [citado 19 de enero de 2019]. Disponible en: [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/)
20. Phadke NA, Pistiner M. Effect of an Intervention to Promote Breastfeeding on Asthma, Lung Function, and Atopic Eczema at Age 16 Years, Follow-up of the PROBIT Randomized Trial. Pediatrics [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 19 de enero de 2019];142(Supplement 4):S211-S211. Disponible en: [http://pediatrics.aappublications.org/content/142/Supplement\\_4/S211.1](http://pediatrics.aappublications.org/content/142/Supplement_4/S211.1)
21. Sakka AE, Shimil MSE, Ibrahim SH. Effect of Implementing Breastfeeding Promotion Program in Neonatal Intensive Care Unit on Newborn Weight and



- Breastfeeding Practices. *Int J Clin Pediatr* [Internet]. 11 de julio de 2014 [citado 19 de enero de 2019];3(2):40-45-45. Disponible en: <http://www.theijcp.org/index.php/ijcp/article/view/159>
22. Azad MB, Vehling L, Lu Z, Dai D, Subbarao P, Becker AB, et al. Breastfeeding, maternal asthma and wheezing in the first year of life: a longitudinal birth cohort study. *Eur Respir J* [Internet]. 1 de mayo de 2017 [citado 19 de enero de 2019];49(5):1602019. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/49/5/1602019>
23. Das S, Sahoo GC, Das P, Singh UK, Jaiswal AK, Singh P, et al. Evaluating the Impact of Breastfeeding on Rotavirus Antigenemia and Disease Severity in Indian Children. *PLOS ONE* [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 19 de enero de 2019];11(2):e0146243. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0146243>
24. Korpe PS, Liu Y, Siddique A, Kabir M, Ralston K, Ma JZ, et al. Breast Milk Parasite-Specific Antibodies and Protection From Amebiasis and Cryptosporidiosis in Bangladeshi Infants: A Prospective Cohort Study. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am* [Internet]. 1 de abril de 2013 [citado 19 de enero de 2019];56(7):988-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3588117/>
25. Wang J, Ramette A, Jurca M, Goutaki M, Beardsmore CS, Kuehni CE. Association between breastfeeding and eczema during childhood and adolescence: A cohort study. *PLOS ONE* [Internet]. 25 de septiembre de 2017 [citado 19 de enero de 2019];12(9):e0185066. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185066>
26. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. marzo de 2012;129(3):e827-841.
27. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Report Technology Assess*. abril de 2007;(153):1-186.



28. Fr G, Sh S, Aw B, Nutrition AA of PC on, Immunology AA of PS on A and. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. Pediatrics [Internet]. 00:00 de 1d. C. [citado 19 de enero de 2019];121(1). Disponible en: <https://f1000.com/prime/1097768>
29. Kelishadi R, Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. Adv Biomed Res [Internet]. 9 de enero de 2014 [citado 19 de enero de 2019];3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929058/>
30. Jing H, Xu H, Wan J, Yang Y, Ding H, Chen M, et al. Effect of Breastfeeding on Childhood BMI and Obesity. Medicine (Baltimore) [Internet]. 22 de agosto de 2014 [citado 19 de enero de 2019];93(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616333/>
31. Hess C, Ofei A, Mincher A. Breastfeeding and Childhood Obesity Among African Americans: A Systematic Review. MCN Am J Matern Child Nurs. octubre de 2015;40(5):313-9.
32. Oddy WH. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. J Pediatr (Rio J) [Internet]. marzo de 2013 [citado 19 de enero de 2019];89(2):109-11. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021755713000296>
33. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. Lancet Glob Health. abril de 2016;4(4):e266-275.
34. Amaral LJX. Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(1):127-34.
35. Maciel VB da S, Silva RPM, Sañudo A, Abuchaim E de SV, Abrão ACF de V, Maciel VB da S, et al. Breastfeeding in indigenous children from two cities in the West Brazilian Amazon. Acta Paul Enferm [Internet]. agosto de 2016 [citado 19 de enero de 2019];29(4):469-75. Disponible en:



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-21002016000400469&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002016000400469&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

36. Pino VJL, López EMÁ, Medel IAP, Ortega SA. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev Chil Nutr [Internet]. marzo de 2013 [citado 19 de enero de 2019];40(1):48-54. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182013000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
37. Tewabe T, Mandesh A, Gualu T, Alem G, Mekuria G, Zeleke H. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara Regional State, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. Int Breastfeed J [Internet]. diciembre de 2016 [citado 19 de enero de 2019];12(1). Disponible en: <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-017-0103-3>
38. Dhakal S, Lee T, Nam E. Exclusive Breastfeeding Practice and Its Association among Mothers of under 5 Children in Kwango District, DR Congo. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 25 de abril de 2017 [citado 19 de enero de 2019];14(5):455. Disponible en: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/5/455>
39. Albán I, Yépez B. Conocimientos, actitudes y prácticas en la lactancia materna de las madres que asisten a los centros de salud N° 1, centro de salud N° 4, obrero independiente y el placer en la ciudad de Quito en el año 2015 [Tesis de grado]. [Quito]: Pontifica Universidad Catolica del Ecuador; 2016.
40. Agrina A, Kimura R, Tsuda A. Mother's exclusive breastfeeding behavior: a cross sectional study in Pekanbaru, Indonesia. Int J Res Med Sci [Internet]. 2015 [citado 19 de enero de 2019];S109-18. Disponible en: <http://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/2553>



41. Ratnasari D, Paramashanti BA, Hadi H, MNurs AYN, Astiti D, Nurhayati E. Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pac J Clin Nutr.* junio de 2017;26(S1):s31-5.
42. Figuera FAC, Latorre JFL, Carreño JAP. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia Promoc Salud.* 2011;17.
43. CDC. The CDC Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies. :60.
44. Drago R. Better Health for Mothers and Children: Breastfeeding Accommodations under the Affordable Care Act. 2010;1-28.
45. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Manual del Modelo de Atención integral [Internet]. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Quito-Ecuador; 2012. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
46. Mohamed AA, Mohamud SA, Mohamud FY, Ali KA, Abdulle FA, Hussein AA. Prevalence and Associated Factors of Exclusive Breastfeeding Practices Among Mothers of Infants Less Than Six Months in Galkayo, Somalia: A Community Based Cross-Sectional Study. *Sci J Public Health.* 2018;6(5):133-9.
47. Ratnasari D, Paramashanti BA, Hadi H, MNurs AYN, Astiti D, Nurhayati E. Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pac J Clin Nutr.* junio de 2017;26(S1):s31-5.
48. Rincón MVB, Arcila AMM, Bermúdez SR, Hoyos DMG. Lactancia materna exclusiva y parcial en el departamento de Caldas - 2010. *Hacia Promoc Salud.* 2011;16(1):39-55.
49. Albán I, Yépez B. Conocimientos, actitudes y prácticas en la lactancia materna de las madres que asisten a los centros de salud N° 1, centro de salud N° 4, obrero independiente y el placer en la ciudad de Quito en el año 2015 [Tesis de grado]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2015.

50. Demétrio F, Pinto E de J, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. abril de 2012 [citado 8 de diciembre de 2018];28(4):641-50. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000400004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400004&lng=pt&tlng=pt)
51. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Lond Engl*. 30 de enero de 2016;387(10017):475-90.
52. Ratnayake HE, Rowel D. Prevalence of exclusive breastfeeding and barriers for its continuation up to six months in Kandy district, Sri Lanka. *Int Breastfeed J* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 22 de enero de 2019];13(1). Disponible en: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-018-0180-y>
53. Pereira-Santos M, Santana M de S, Oliveira DS, Nepomuceno Filho RA, Lisboa CS, Almeida LMR, et al. Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet]. marzo de 2017 [citado 8 de diciembre de 2018];17(1):59-67. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000100059&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000100059&lng=en&tlng=en)
54. Nukpezah RN, Nuvor SV, Ninnoni J. Knowledge and practice of exclusive breastfeeding among mothers in the tamale metropolis of Ghana. *Reprod Health* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 22 de enero de 2019];15(1). Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0579-3>
55. Velusamy V, Premkumar PS, Kang G. Exclusive breastfeeding practices among mothers in urban slum settlements: pooled analysis from three prospective birth cohort studies in South India. *Int Breastfeed J* [Internet].



- diciembre de 2017 [citado 22 de enero de 2019];12(1). Disponible en: <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-017-0127-8>
56. Doğa Öcal F, Vural Yılmaz Z, Ceyhan M, Fadıl Kara O, Küçüközkan T. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. J Turk Soc Obstet Gynecol [Internet]. 15 de marzo de 2017 [citado 22 de enero de 2019];1-9. Disponible en: [http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_15829/1-9.pdf](http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_15829/1-9.pdf)
57. Hossain M, Islam A, Kamarul T, Hossain G. Exclusive breastfeeding practice during first six months of an infant's life in Bangladesh: a country based cross-sectional study. BMC Pediatr [Internet]. diciembre de 2018 [citado 22 de enero de 2019];18(1). Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1076-0>
58. Ochola SA, Labadarios D, Nduati RW. Impact of counselling on exclusive breast-feeding practices in a poor urban setting in Kenya: a randomized controlled trial. Public Health Nutr [Internet]. octubre de 2013 [citado 22 de enero de 2019];16(10):1732-40. Disponible en: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1368980012004405](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1368980012004405)

## 9. ANEXOS

### ANEXO N.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable            | Concepto   | Dimensiones | Indicadores  | Escala  |
|---------------------|--|-------------|--|---|
| Edad                | Tiempo de existencia desde el nacimiento, hasta el momento del estudio.  | Biológico   | Años cumplidos de la madre encuestada.   | -Adolescencia temprana: 11 a 13 años<br>-Adolescencia media: 14 a 16 años -<br>Adolescencia tardía: 17 a 19 años<br>-Adulto joven: 20 a los 34 años<br>-Adulto medio: 35 a los 49 años  |
| Pobreza por consumo | Se define a una persona u hogar como pobre si su gasto en consumo total no logra superar un umbral conocido como la línea de pobreza.  | Económica   | Para la estimación de pobreza por consumo, se tomó como referencia a la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2013-2014. | Quintiles:<br>-Q1: ingreso per cápita $\leq$ \$ 47.56<br>-Q2: ingreso per cápita $\leq$ \$ 84.32<br>-Q3: ingreso per cápita $\leq$ \$ 134.23<br>-Q4: ingreso per cápita $\leq$ \$ 251.72<br>-Q1: ingreso per cápita $>$ \$ 251.72 |
| Lugar de residencia | Define como "áreas urbanas" a los asentamientos o "núcleos urbanos" que son capitales provinciales y cabeceras cantonales o municipios según la división político administrativa.<br><br>Las "áreas rurales" incluyen las cabeceras parroquiales, otros centros poblados, las periferias de los núcleos urbanos y la población dispersa. | Social      | Geográfico.  | -Urbana<br>-Rural   |
| Etnia               | Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una   | Cultural    | Auto identificación étnica.  | -Indígena<br>-Afroecuatoriano<br>-Montubio<br>-Mestizo, blanca, otra  |





|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
|   | misma comunidad lingüística y cultural.  |  |  |   |
| Grado de Instrucción                              | Máximo nivel educativo alcanzado hasta el momento.   | Académico  | Grado de instrucción referido por la madre encuestada.   | -Primaria<br>-Secundaria<br>-Educación Básica<br>-Bachillerato<br>-Ciclo post bachillerato, superior o postgrado. |
| Ocupación de la madre                             | Se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo.   | Ocupada<br>Desocupada  | Ocupación referida por la madre encuestada.  | Trabajo<br>Estudio<br>Ama de casa   |
| Tipo de parto                                     | Forma de la terminación del embarazo.  | Biológico  | Tipo de parto referido por la madre encuestada.  | Vaginal<br>Cesárea  |
| Tiempo de inicio de actividades estudio o trabajo | Tiempo que permanecen las madres con sus hijos antes de reiniciar sus actividades.   | Tiempo que permanecen las madres con sus hijos antes de reiniciar sus actividades laborales o de estudio | El tiempo indicado que permanecen las madres con sus hijos antes de reiniciar sus actividades después del parto. | Meses.  |
| Alimentación complementaria.                      | La UNICEF define: Introducción de otros alimentos a más de la leche materna en la nutrición de los niños.  | Biopsicosocial.  | Inicio de alimentación complementaria en meses después del parto.  | Meses   |
| Consejería sobre lactancia materna                | Política de estado sobre la consejería en lactancia materna.   | Recibió consejería en lactancia materna  | La madre refiere si recibió la consejería materna.   | Si<br>No  |
| Conocimiento sobre la LME.                        | Grado de conocimiento de la madre de acuerdo a lo aprendido sobre LME.   | Conjunto de información adquirido por la madre   | Puntaje obtenido por cada madre luego de aplicar el test.  | Bueno 14-20 puntos<br>Regular 7-13 puntos<br>Deficiente 0 - 6 puntos.   |
| Lactancia materna exclusiva.                      | La OMS define la LME como la ingesta de leche materna que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea la leche materna.<br><br>La sugiere hasta los seis meses y luego, junto con otros | Biopsicosocial   | Tiempo en meses indicado por las madres encuestadas, que se mantuvo la lactancia materna exclusiva.              | Meses.  |



|                        |   |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|---|
|                        | alimentos, hasta los dos años de vida.  |   |   |   |
| Funcionalidad familiar | Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis. | Funcionalidad familiar como un sistema                        | Grado de funcionalidad familiar.                            | <b>FF-SIL</b><br>-De 70 a 57 puntos. Familias funcional<br>-De 56 a 43 puntos moderadamente funcional<br>-De 42 a 28 puntos disfuncional<br>-De 27 a 14 puntos severamente disfuncional |
| Tipología familiar     | Clasificación de las familias según su estructura e integración.                                    | Caracterizar a las familias según su estructura e integración | Tipo de familia a la que pertenecen las madres encuestadas. | Familiograma estructural:<br>Extensa<br>Nuclear.  |



## ANEXO N.2 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### FACTORES ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOSPITAL MARIANO ESTRELLA CUENCA 2018.

#### 1. Características socioculturales y económicas de la madre o cuidadora principal.

1.1. Código de la madre \_\_\_\_\_

Nº Teléfono \_\_\_\_\_

1.2. Área:

Urbana ☐ (1) Rural ☐ (2)

1.3. El ingreso económico de su familia es:

\_\_\_\_\_

Espacio para ser llenado por el encuestador: Quintil N° \_\_\_\_\_

1.4. Cuantos miembros tiene su familia:

\_\_\_\_\_

1.2 Edad en años cumplidos de la madre:

\_\_\_\_\_

1.3 Estado civil:

Soltero ☐ (1) Casado ☐ (2) Viudo ☐ (3) Divorciado ☐ (4) Unión libre ☐ (5)

1.5. Nivel de instrucción de la madre:

Ninguna ☐ (1) Primaria ☐ (2) Secundaria ☐ (3) Educación básica ☐ (4)

Bachillerato ☐ (5) Ciclo post bachillerato, superior o postgrado ☐ (6)

1.4 Ocupación:

Estudia ☐ (1) Trabaja ☐ (2) Ama de casa ☐ (3)

1.6. Ud. se considera como:

Indígena ☐ (1) Afroecuatoriano ☐ (2) Montubio ☐ (3) Mestizo, blanco, otros ☐ (4)

2. Estructura familiar:

2.1 Su familia es:

-Nuclear, es decir cuenta con dos generaciones (hijos, padre y/o madre) ☐ (1)

-Extensa, es decir cuenta con tres generaciones (hijos, padres y abuelos) ☐ (2)

3. Características de Lactancia Materna.

3.1 ¿A qué tiempo después del nacimiento de ..... empezó a mamar o lactar?

Inmediatamente después del parto ☐ (1)

Menos de una hora ☐ (2)

Entre hora y menos de 24 horas ☐ (3)

Más de un día ☐ (4)

3.2 ¿Durante qué tiempo dio a ..... solamente pecho, sin ningún otro líquido o complemento alimentario?

Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_



**3.3 ¿..... consumió algún líquido diferente a leche materna, antes de los 6 meses de edad?**

Si \_\_\_\_\_ ☐ (1)

No \_\_\_\_\_ ☐ (2)

*Si su respuesta es negativa pase a la pregunta 3.5*

**3.4 ¿A qué edad ..... consumió algún líquido diferente a leche materna?**

De 0 a menos de 1 mes ☐ (1)

De 1 mes a menos de 2 meses ☐ (2)

De 2 meses a menos de 3 meses ☐ (3)

De 3 meses a menos de 4 meses ☐ (4)

De 4 meses a menos de 5 meses ☐ (5)

**3.5 Reinició actividades después del parto (trabajo o estudio):**

Si ☐ (1) No ☐ (2)

**3.6 Si su respuesta es positiva en la pregunta 2.5, en que tiempo reinició sus actividades:**  
\_\_\_\_\_ meses.

**3.7 Recibió consejería sobre lactancia materna:**

Si ☐ (1) No ☐ (2)

**3.8 Si su respuesta es positiva en la pregunta 3.7, indique cual fue su principal fuente de información (escoja solo una opción):**

Padres ☐ (1) Otro familiar ☐ (2) Amigos ☐ (3) Personal de salud ☐ (4)

Internet ☐ (5) Otros (especifique) ☐ (6) \_\_\_\_\_

**3.9 Tipo de parto:** Vaginal ☐ (1) Cesárea ☐ (2)



### ANEXO N.3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

|    |   | Casi Nunca                   | Pocas Veces                  | A veces                      | Muchas Veces                 | Casi Siempre                 |
|----|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1  | Se toman decisiones para cosas grandes de la familia                                    | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 2  | En mi casa predomina la armonía.  | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 3  | En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.                                       | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 4  | Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.                   | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 5  | No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.                              | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 6  | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlo.                              | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 7  | Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 8  | Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.                     | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 9  | Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado.                         | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 10 | Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.             | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 11 | Podemos conversar diversos temas sin temor.   | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 12 | Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.   | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 13 | Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.         | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |
| 14 | Nos demostramos el cariño que nos tenemos.  | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) | <input type="checkbox"/> (3) | <input type="checkbox"/> (4) | <input type="checkbox"/> (5) |

Funcional: 70 a 57 puntos, Moderadamente Funcional: 56 a 43 puntos, Disfuncional: 42 a 28 puntos, Severamente Disfuncional: 27 a 14 puntos

*Espacio para ser llenado por el encuestador:*

*Puntos:* \_\_\_\_\_



## **ANEXO N.4. TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA**

### **1. ¿Qué entiende Usted por Lactancia Materna Exclusiva?**

- a) Es dar sólo leche materna.
- b) Es dar leche materna más agüitas.
- c) Es dar leche materna más leche artificial.
- d) Es dar leche por el biberón.
- e) No especifica

### **2. ¿Hasta qué edad le debe dar Usted Lactancia Materna Exclusiva?:**

- a) Hasta los 2 años.
- b) Hasta los 6 meses.
- c) Hasta los 12 meses.
- d) No especifica

### **3. ¿Cuándo Usted debe iniciar la lactancia materna a su bebe?:**

- a) Inmediatamente después del parto.
- b) A las 24 horas de nacido.
- c) Cuando él bebe llore de hambre por primera vez.
- d) No sabe.

### **4. ¿Cada qué tiempo Usted debe de amamantar a su bebe?:**

- a) Cada 2 horas.
- b) Cada vez que el niño llore o a libre demanda.
- c) Cada 6 horas.
- d) No sabe.

### **5. Si su bebe duerme más de dos horas, ¿qué haría Usted?:**

- a) Dejo que siga durmiendo.
- b) Lo despierto y le doy biberón.
- c) Lo despierto y le doy pecho.
- d) Solo lo despierto.

### **6. Si Usted trabajara o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe?**

- a) Tendría que darle leche artificial.
- b) Le daría leche materna mientras este con mi bebe y leche artificial cuando me separe de él.



c) Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

d) No sabe.

**7. Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea ¿qué haría Usted?:**

a) Le suspende la lactancia materna.

b) Le da agüitas.

c) Le daría pecho con mayor frecuencia

d) Lo lleva al Establecimiento de Salud

e) No sabe

**8. ¿Sabe Usted que madres no deben dar de lactar?:**

a) Madres que tienen TBC

b) Madres con VIH /SIDA

c) Madres que lavan mucha ropa.

d) No sabe.

**9. ¿Puede Usted decirme la razón principal por la que le daría Leche Materna Exclusiva a su bebe?:**

a) Me ahorro dinero.

b) Le da nutrientes necesarios además de prevenir Enfermedades respiratorias y diarreicas.

c) Me permite expresarle mi afecto y amor a mi bebe.

d) No sabe.

**10. ¿Puede Usted decirme las razones de por qué la lactancia materna es buena para la mamá?**

a) La matriz se nos acomoda más rápido

b) Nos ayuda a espaciar los embarazos.

c) Tenemos menos riesgos de adquirir cáncer de senos y cuello uterino

d) Todas las anteriores.

e) Ninguna de las anteriores

---

## ANEXO N. 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

| (Adultos)                   |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Título del estudio :</b> | Factores asociados a la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Mariano Estrella Cuenca 2018. |
| <b>Investigadores :</b>     | Lenin Santiago Sacoto Maldonado  |
| <b>Institución :</b>        | Universidad Estatal de Cuenca  |

**Este documento de consentimiento informado se encuentra dirigido a las mujeres que asisten al Hospital Mariano Estrella en Cuenca y tengan un hijo de 0 a 6 meses que haya o estén dando lactancia materna.**

**Introducción:** Este trabajo de investigación tiene como tutora a la Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutiven y es realizado por **Lenin Santiago Sacoto Maldonado**, estudiante del postgrado de medicina familiar y comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Cuenca, este análisis tiene por nombre: Factores asociados a la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Mariano Estrella Cuenca 2018. Durante la investigación se utilizará un formulario que nos permitirá recolectar los datos, usted podrá participar de esta investigación y podrá retirarse en el momento que lo decida.

### **Propósito del estudio:**

Usted ha sido invitada a la siguiente investigación la cual tiene como principal objetivo Identificar factores de las madres y sus familias asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Mariano Estrella, cantón Cuenca, provincia del Azuay en el año 2018.

### **Tipo de intervención de investigación**

Esta investigación incluirá la realización de una encuesta con una duración aproximada de 10 minutos.





### **Procedimientos:**

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

Una entrevista, la cual se llevará a cabo a través de la utilización de un formulario, en el cual se indagará sobre su experiencia con la lactancia materna de su hijo.

### **Selección de participantes:**

Usted fue seleccionado debido a que es parte de las madres que asisten al Hospital Mariano Estrella-Cuenca, su selección fue al azar, es decir no todas sus compañeras participarán.

### **Participación voluntaria:**

Usted puede decidir participar de este estudio y retirarse en el momento que lo desee, sin ningún tipo de consecuencias.

### **Riesgos:**

Usted no estará sometido a ningún tipo de riesgos.

### **Beneficios:**

Se beneficiará debido a que se podrá realizar una descripción de su condición como madre que alimenta a su hijo con lactancia materna, y determinar si en la actualidad usted está teniendo problemas con la misma, de igual manera, usted aportará a la investigación del país.

### **Incentivos**

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.



### **Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos su información codificados en números. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

### **Uso futuro de la información obtenida:**

Posterior al análisis de los datos se le espera compartir mediante una charla informativa los resultados generales de la investigación. Posteriormente los datos de la presente investigación serán compartidos con el panel de jurados de la Universidad Estatal de Cuenca.

### **Derechos del participante:**

Si decide participar en el estudio, puedes retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio Lenin Santiago Sacoto Maldonado al teléfono 0999037242 o al correo electrónico: ssantiago03@hotmail.com. Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, representante del Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad Estatal de Cuenca al teléfono 0993767208 o al correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.



## DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

**Nombres y Apellidos**

Participante

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y Apellidos**  
Investigador

---

**Fecha y Hora**

## ANEXO N. 6. ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Menores de 18 años)

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Título del estudio :</b> | Factores asociados a la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Mariano Estrella Cuenca 2018. |
| <b>Investigadores :</b>     | Lenin Santiago Sacoto Maldonado  |
| <b>Institución :</b>        | Universidad Estatal de Cuenca  |

**Este documento de consentimiento informado se encuentra dirigido a las mujeres que asisten al Hospital Mariano Estrella en Cuenca y tengan un hijo de 0 a 6 meses que haya o estén dando lactancia materna.**

**Introducción:** Este trabajo de investigación tiene como tutora a la Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutiven y es realizado por **Lenin Santiago Sacoto Maldonado**, estudiante del postgrado de medicina familiar y comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Cuenca, este análisis tiene por nombre: Factores asociados a la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Mariano Estrella Cuenca 2018. Durante la investigación se utilizará un formulario que nos permitirá recolectar los datos, usted podrá participar de esta investigación y podrá retirarse en el momento que lo decida.

### **Propósito del estudio:**

Usted ha sido invitada a la siguiente investigación la cual tiene como principal objetivo Identificar factores de las madres y sus familias asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Mariano Estrella, cantón Cuenca, provincia del Azuay en el año 2018.



### **Tipo de intervención de investigación**

Esta investigación incluirá la realización de una encuesta con una duración aproximada de 10 minutos.

### **Procedimientos.**

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

Una entrevista, la cual se llevará a cabo a través de la utilización de un formulario, en el cual se indagará sobre su experiencia con la lactancia materna de su hijo.

### **Selección de participantes:**

Usted fue seleccionado debido a que es parte de las madres que asisten al Hospital Mariano Estrella-Cuenca, su selección fue al azar, es decir no todas sus compañeras participarán.

### **Participación voluntaria:**

Usted puede decidir participar de este estudio y retirarse en el momento que lo desee, sin ningún tipo de consecuencias.

### **Riesgos:**

Usted no estará sometido a ningún tipo de riesgos.

### **Beneficios:**

Se beneficiará debido a que se podrá realizar una descripción de su condición como madre que alimenta a su hijo con lactancia materna, y determinar si en la actualidad usted está teniendo problemas con la misma, de igual manera, usted aportará a la investigación del país.



## **Incentivos**

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

## **Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos su información codificados en números. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

## **Uso futuro de la información obtenida:**

Posterior al análisis de los datos se le espera compartir mediante una charla informativa los resultados generales de la investigación. Posteriormente los datos de la presente investigación serán compartidos con el panel de jurados de la Universidad Estatal de Cuenca.

## **Derechos del participante:**

Si decide participar en el estudio, puedes retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio Lenin Santiago Sacoto Maldonado al teléfono 0999037242 o al correo electrónico: ssantiago03@hotmail.com. Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, representante del Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad Estatal de Cuenca al teléfono 0993767208 o al correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.



## DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

**Nombres y Apellidos**

Participante

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y Apellidos**

Del representante

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y Apellidos**  
Investigador

---

**Fecha y Hora**